

SERFF Tracking Number: ICCI-125910457 State: Arkansas
 Filing Company: Standard Security Life Insurance Company of New York State Tracking Number: 40994
 Company Tracking Number: SSL STM-APP-S
 TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.004 Short Term
 Product Name: SSL STM Spanish Translated Applications
 Project Name/Number: SSL STM Spanish Translated Applications/SSL STM Spanish Translated Applications

Filing at a Glance

Company: Standard Security Life Insurance Company of New York

Product Name: SSL STM Spanish Translated Applications SERFF Tr Num: ICCI-125910457 State: ArkansasLH

TOI: H16G Group Health - Major Medical	SERFF Status: Closed	State Tr Num: 40994
Sub-TOI: H16G.004 Short Term	Co Tr Num: SSL STM-APP-S	State Status: Approved-Closed
Filing Type: Form	Co Status:	Reviewer(s): Rosalind Minor
	Author: Brenda Dawson	Disposition Date: 12/03/2008
	Date Submitted: 12/03/2008	Disposition Status: Approved-Closed

Implementation Date Requested: On Approval

Implementation Date:

State Filing Description:

General Information

Project Name: SSL STM Spanish Translated Applications
 Project Number: SSL STM Spanish Translated Applications
 Requested Filing Mode:
 Explanation for Combination/Other:
 Submission Type: New Submission
 Overall Rate Impact:
 Filing Status Changed: 12/03/2008
 State Status Changed: 12/03/2008
 Corresponding Filing Tracking Number:
 Filing Description:
 See attached letter and applications.

Status of Filing in Domicile:
 Date Approved in Domicile:
 Domicile Status Comments:
 Market Type: Group
 Group Market Size: Small
 Group Market Type: Association
 Deemer Date:

Company and Contact

Filing Contact Information

SERFF Tracking Number: ICCL-125910457 State: Arkansas
Filing Company: Standard Security Life Insurance Company of New York State Tracking Number: 40994
Company Tracking Number: SSL STM-APP-S
TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.004 Short Term
Product Name: SSL STM Spanish Translated Applications
Project Name/Number: SSL STM Spanish Translated Applications/SSL STM Spanish Translated Applications

(This filing was made by a third party - insurancecomplianceconsultantsinc)

Brenda Dawson, Authorized Representative Brendadawson@inscompliance.com
519 Colman Center Drive (815) 316-6714 [Phone]
Rockford, IL 61108 (815) 316-6720[FAX]

Filing Company Information

Standard Security Life Insurance Company of New York CoCode: 69078 State of Domicile: New York
485 Madison Avenue, 14th Floor Group Code: Company Type:
New York, NY 10022 Group Name: State ID Number:
(212) 355-4141 ext. [Phone] FEIN Number: 13-5679267

SERFF Tracking Number: ICCI-125910457 State: Arkansas
Filing Company: Standard Security Life Insurance Company of New York State Tracking Number: 40994
Company Tracking Number: SSL STM-APP-S
TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.004 Short Term
Product Name: SSL STM Spanish Translated Applications
Project Name/Number: SSL STM Spanish Translated Applications/SSL STM Spanish Translated Applications

Filing Fees

Fee Required? Yes
Fee Amount: \$50.00
Retaliatory? No
Fee Explanation:
Per Company: No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
Standard Security Life Insurance Company of New York	\$50.00	12/03/2008	24291816

SERFF Tracking Number: ICCL-125910457 State: Arkansas
Filing Company: Standard Security Life Insurance Company of New York State Tracking Number: 40994
Company Tracking Number: SSL STM-APP-S
TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.004 Short Term
Product Name: SSL STM Spanish Translated Applications
Project Name/Number: SSL STM Spanish Translated Applications/SSL STM Spanish Translated Applications

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Rosalind Minor	12/03/2008	12/03/2008

SERFF Tracking Number: *ICCI-125910457* State: *Arkansas*
Filing Company: *Standard Security Life Insurance Company of New York* State Tracking Number: *40994*
Company Tracking Number: *SSL STM-APP-S*
TOI: *H16G Group Health - Major Medical* Sub-TOI: *H16G.004 Short Term*
Product Name: *SSL STM Spanish Translated Applications*
Project Name/Number: *SSL STM Spanish Translated Applications/SSL STM Spanish Translated Applications*

Disposition

Disposition Date: 12/03/2008

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number: ICCI-125910457 State: Arkansas
 Filing Company: Standard Security Life Insurance Company of New York State Tracking Number: 40994
 Company Tracking Number: SSL STM-APP-S
 TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.004 Short Term
 Product Name: SSL STM Spanish Translated Applications
 Project Name/Number: SSL STM Spanish Translated Applications/SSL STM Spanish Translated Applications

Item Type	Item Name	Item Status	Public Access
Supporting Document	Certification/Notice	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Application	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Fee schedule	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Cover letter	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	SSL Authorization Letter	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Certification form from translator	Approved-Closed	Yes
Form	Application	Approved-Closed	Yes
Form	Application	Approved-Closed	Yes

SERFF Tracking Number: ICCI-125910457 State: Arkansas
 Filing Company: Standard Security Life Insurance Company of New York State Tracking Number: 40994
 Company Tracking Number: SSL STM-APP-S
 TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.004 Short Term
 Product Name: SSL STM Spanish Translated Applications
 Project Name/Number: SSL STM Spanish Translated Applications/SSL STM Spanish Translated Applications

Form Schedule

Lead Form Number: SSL-STM-1104-APP

Review Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
Approved-Closed	SSL-STM-1104-APP	Application/Enrollment	Application/ Enrollment Form	Initial		0	Final Spanish 1104 Generic app 10-08 (1-2).pdf
Approved-Closed	SSL-STM-0506-APP	Application/Enrollment	Application/ Enrollment Form	Initial		0	Final SSL Spanish 0506 App STM Generic10-08.pdf

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ACERCA DE USTED:

Nombre del solicitante _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____
 Número del Seguro Social _____
 Ocupación _____ Teléfono _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Dirección de facturación (si es diferente) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Dirección de correo electrónico _____

COMPLETE LO SIGUIENTE PARA ASEGURAR A SU CÓNYUGE Y/O A SUS HIJOS:

Nombre del cónyuge _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____
 Número del Seguro Social _____ Ocupación _____
 Nombre del hijo _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número del Seguro Social _____
 Nombre del hijo _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número del Seguro Social _____
 Nombre del hijo _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número del Seguro Social _____
 Nombre del hijo _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número del Seguro Social _____

COMPLETE LAS SIGUIENTES OPCIONES DEL PLAN:

Elija una opción para A, B, C, D y E.
A. Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:
 Día posterior al sello fechador del Correo Postal de los EE. UU.
 Fecha de entrada en vigencia posterior: _____
B. Duración de la cobertura:
 Pago único (Mínimo de 30 días, máximo de 180 días)
 Ingrese la cant. de ____ días
 Pago mensual, hasta 6 meses
 Pago mensual, hasta 12 meses
C. Coseguro: 80/20 of \$10,000 50/50 of \$10,000
D. Deducible:
 \$500 \$1,000 \$2,500 \$5,000
E. Método de pago:
 Cheque u orden de pago
 Tarjeta de crédito (MasterCard, Visa o Discover)
 Débito automático mensual

SSL-STM-1104-APP

RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ACERCA DE SUS ANTECEDENTES MÉDICOS:

Cualquier tergiversación u omisión de información sustancial en este formulario se considerará una declaración falsa y puede constituir fundamento para la posterior rescisión de mi cobertura y la de mis dependientes. En caso de rescisión o extinción por cualquier motivo, la Aseguradora tendrá el derecho de deducir cualquier prima vencida y pendiente de pago de cualquier reclamación pagadera a mí o a mis dependientes.

- Sí No ¿Habrá algún otro seguro de salud vigente en la fecha de la póliza?.....
- Sí No ¿La asegurada propuesta, la cónyuge del asegurado propuesto o alguna hija dependiente está embarazada en la actualidad?
- Sí No Alguno de los asegurados propuestos es actualmente elegible para Medicaid?
- En los últimos 5 años, ¿usted o alguna persona propuesta para la cobertura han tenido conocimiento, se les ha diagnosticado o han recibido tratamiento de un integrante de la profesión médica o han tomado medicamentos en relación con alguna de las siguientes condiciones: cáncer, tumor, accidente cerebro vascular, enfermedad cardíaca, incluidos ataques cardíacos, dolor en el pecho o cirugías del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) o enfisema, trastorno hepático, enfermedad discal degenerativa o hernia/bulto, artritis reumatoidea, enfermedad articular degenerativa de la rodilla, diabetes insulínica dependiente (no se aplica a los residentes de DC), abuso de alcohol o dependencia de sustancias químicas?
- ¿Se les ha diagnosticado a usted o a alguna de las personas propuestas para la cobertura el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el SIDA o cualquier otro trastorno del sistema inmunitario, o se les ha tratado por dichas condiciones? Contesté "no" a esta pregunta si el análisis para la detección del VIH le ha dado positivo, pero no ha desarrollado síntomas de la enfermedad del SIDA
- ¿Alguna persona propuesta para la cobertura no ha sido residente legal de los Estados Unidos durante los últimos 12 meses consecutivos?

NOTA: SI LA RESPUESTA A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS 1 A 6 ES "SÍ", NO SE PUEDE EMITIR LA COBERTURA.

- Acepto que la cobertura no entrará en vigencia para ninguna persona cuyos antecedentes médicos cambien antes de la aprobación de la cobertura, en la medida en que la respuesta de dicha persona sea "sí" a cualquiera de las preguntas de los Antecedentes Médicos de esta solicitud. Si dicha persona es el solicitante, automáticamente se deniega la cobertura a todas las personas incluidas en esta solicitud.
- Por la presente solicito cobertura en virtud de la póliza emitida al titular de la póliza grupal por la aseguradora y entiendo que si la cobertura solicitada entra en vigencia, acepto todos los términos y condiciones de la póliza grupal. Entiendo que los beneficios del seguro de salud están excluidos para las condiciones preexistentes.
- Entiendo que el corredor que ofreció esta solicitud actuó en carácter de contratista independiente y no de agente de la Compañía de Seguros. Asimismo, acepto que la persona que ofreció esta solicitud y en cuya explicación de los beneficios, las limitaciones o las exclusiones nos basamos, fue contratada por mí como mi agente, y que dicha persona no tiene derecho alguno a obligar, a aprobar la cobertura ni a modificar ninguno de los términos o condiciones de la póliza.
- He leído esta solicitud y he verificado que toda la información proporcionada en ella es completa, verdadera y correcta, y que se encuentra dentro de mi conocimiento personal. Acepto notificar de inmediato a la aseguradora en caso de cualquier cambio respecto de cualquier información contenida en este formulario que pueda producirse antes de la aprobación de la cobertura.
- Toda la información proporcionada se mantendrá en la más estricta confidencialidad. Su información de salud personal está protegida en todo momento y solo puede divulgarse con su autorización expresa, por escrito, a tal efecto.

Entiendo que esta cobertura no pagará beneficios por una enfermedad o condición física que tenga ahora o que haya tenido en el pasado.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

Advertencia de fraude: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, u oculte información con el fin de engañar puede ser culpable de fraude de seguros y ser pasible de sanciones penales y/o civiles.

Los formularios de solicitud de Tarjeta de crédito/Débito automático y las instrucciones para el cálculo de las tarifas se encuentran en el reverso.

Los documentos de la Póliza de seguro se emitirán en inglés y ésta constituirá la versión de control y legalmente vinculante. La publicidad en español se brinda únicamente con propósito informativo. Las posibles diferencias lingüísticas podrían hacer que la publicidad no refleje de manera precisa la información en inglés de la Póliza. (Secure Lite STM) 10/08

Residentes de Arkansas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.
Residentes del Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona constituye un delito. Dicho delito puede estar sujeto a la pena de prisión y/o al pago de multas. Asimismo, una aseguradora puede denegar la provisión de beneficios del seguro si el solicitante suministró información falsa relacionada en forma sustancial con una reclamación.
Residentes de Kentucky, Ohio y Pensilvania: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud para adquirir un seguro que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información acerca de un hecho importante relacionado con dicha solicitud, está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito.
Residentes de Nuevo México: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta a fin de recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa, en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá quedar sujeta al pago de multas civiles y a sanciones penales.
Residentes de Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, realice alguna reclamación de los fondos de una póliza de seguro que contenga alguna información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
Residentes de Tennessee: Proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla constituye un delito. Dicho delito puede estar sujeto a la pena de prisión, multas y la denegación de la cobertura.

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ACERCA DE USTED:

Solicitante: Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____
 Número del Seguro Social (SSN #) _____
 Ocupación _____ Teléfono _____
 Dirección _____

 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Dirección de facturación (si es diferente) _____

 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Dirección de correo electrónico _____

COMPLETE LO SIGUIENTE PARA ASEGURAR A SU CÓNYUGE Y/O A SUS HIJOS:

Cónyuge: Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____
 SSN # _____ Ocupación _____
 Nombre del hijo _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ SSN # _____
 Nombre del hijo _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ SSN # _____
 Nombre del hijo _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ SSN # _____

COMPLETE LAS SIGUIENTES OPCIONES DEL PLAN:

A. Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:

- Día posterior al sello fechador del Correo Postal de los EE. UU.
- Fecha de entrada en vigencia posterior: _____

B. Duración de la cobertura:

- Pago único:** Especificar la cantidad de días de cobertura _____ días (mínimo de 30 días, máximo de 180 días) o
- Pago mensual:** Hasta 6 meses
- Pago mensual:** Hasta 12 meses

C. Coseguro: 80/20 de \$5,000 50/50 de \$5,000

D. Deducible: \$250 \$500 \$1,000 \$2,500

E. Método de pago:

- Cheque u orden de pago
 - Tarjeta de crédito
 - Débito automático mensual
- SSL-STM-0506-APP

RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ACERCA DE SUS ANTECEDENTES MÉDICOS:

Entiendo que cualquier tergiversación u omisión de información sustancial en este formulario se considerará una declaración falsa y puede constituir fundamento para la posterior rescisión de mi cobertura y la de mis dependientes. En caso de rescisión o extinción por cualquier motivo, la Aseguradora tendrá el derecho de deducir cualquier prima vencida y pendiente de pago de cualquier reclamación pagadera a mí o a mis dependientes.

1. ¿Habrá algún otro seguro de salud vigente en la fecha de la póliza? Sí No
2. ¿La asegurada propuesta, la cónyuge del asegurado propuesto o alguna hija dependiente está embarazada en la actualidad?..... Sí No
3. ¿A alguna de las personas que solicitan la cobertura se le ha denegado el seguro de salud por una condición que aún se encuentra presente? Sí No
4. ¿Alguno de los asegurados propuestos es actualmente elegible para Medicaid? Sí No
5. ¿Usted o alguna de las personas propuestas para la cobertura pesa más de 300 libras si es hombre, o más de 250 libras si es mujer?..... Sí No
6. En los últimos cinco años, ¿usted o alguna de las personas propuestas para la cobertura han tenido conocimiento, han recibido un informe de análisis anormal, se les ha diagnosticado o han recibido tratamiento o cuidados de seguimiento de un integrante de la profesión médica o han tomado medicamentos en relación con alguna de las siguientes causas?:

- trastorno cardíaco incluido, entre otros, ataque cardíaco
- accidente cerebrovascular
- cáncer
- tumor

- enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD)
- diabetes
- trastorno hepático
- trastorno renal, excepto cálculos

- enfermedad discal degenerativa o hernia de disco
- artritis reumatoidea o psoriásica
- enfermedad articular degenerativa de las rodillas o las caderas
- abuso de alcohol o dependencia de sustancias químicas
- hemofilia

- Sí No
7. ¿Se les ha diagnosticado a usted o a alguna de las personas propuestas para la cobertura el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el SIDA o cualquier otro trastorno del sistema inmunitario, excepto infección por VIH? Sí No
 8. ¿Alguna persona propuesta para la cobertura no ha sido residente legal de los Estados Unidos durante los últimos 12 meses consecutivos? Sí No
- NOTA: SI LA RESPUESTA A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS 1 A 8 ES "SÍ", NO SE PUEDE EMITIR LA COBERTURA.**

1. Acepto que la cobertura no entrará en vigencia para ninguna persona cuyos antecedentes médicos cambien antes de la aprobación de la cobertura, en la medida en que la respuesta de dicha persona sea "sí" a cualquiera de las preguntas de los Antecedentes Médicos de esta solicitud. Si dicha persona es el Solicitante, automáticamente se deniega la cobertura a todas las personas incluidas en esta solicitud.
2. Por la presente solicito cobertura emitida al titular de la póliza grupal por la aseguradora y entiendo que si la cobertura solicitada entra en vigencia, acepto todos los términos y condiciones de la póliza grupal. Entiendo que los beneficios del seguro de salud están excluidos para las condiciones preexistentes.
3. Entiendo que el corredor que ofreció esta solicitud actuó en carácter de contratista independiente y no de agente de la Compañía de Seguros. Asimismo, acepto que la persona que ofreció esta solicitud y en cuya explicación de los beneficios, las limitaciones o las exclusiones nos basamos, fue contratada por mí como mi agente, y que dicha persona no tiene derecho alguno a obligar ni aprobar la cobertura ni a modificar ninguno de los términos o condiciones de la póliza.
4. Las declaraciones precedentes son verdaderas, completas e íntegras a mi leal saber y entender. Acepto notificar de inmediato a la aseguradora en caso de cualquier cambio respecto de cualquier información contenida en este formulario que pueda producirse antes de la aprobación de la cobertura.
5. Toda la información proporcionada se mantendrá en la más estricta confidencialidad. Mi información de salud personal está protegida en todo momento y solo puede divulgarse con mi autorización expresa, por escrito, a tal fin.

Entiendo que esta cobertura no pagará beneficios por una enfermedad o condición física que tenga ahora o que haya tenido dentro de los 5 años previos a la solicitud de la cobertura.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del cónyuge: _____ **Fecha:** _____

Advertencia de fraude: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, u oculte información con el fin de engañar, puede ser culpable de fraude de seguros y ser pasible de sanciones penales y/o civiles.

Los documentos de la Póliza de seguro se emitirán en inglés y ésta constituirá la versión de control y legalmente vinculante. La publicidad en español se brinda únicamente con propósito informativo. Las posibles diferencias lingüísticas podrían hacer que la publicidad no refleje de manera precisa la información en inglés de la Póliza.

Los formularios de solicitud de Tarjeta de crédito/Débito automático y las instrucciones para el cálculo de las tarifas se encuentran en el reverso.

Secure STM App 10-08

Residentes de Arkansas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Residentes del Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona constituye un delito. Dicho delito puede estar sujeto a la pena de prisión y/o al pago de multas. Asimismo, una aseguradora puede denegar la provisión de beneficios del seguro si el solicitante suministró información falsa relacionada en forma sustancial con una reclamación.

Residentes de Kentucky, Ohio y Pensilvania: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud para adquirir un seguro que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información acerca de un hecho importante relacionado con dicha solicitud, está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito.

Residentes de Nuevo México: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta a fin de recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa, en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá quedar sujeta al pago de multas civiles y a sanciones penales.

Residentes de Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, realice alguna reclamación de los fondos de una póliza de seguro que contenga alguna información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Residentes de Tennessee: Proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla constituye un delito. Dicho delito puede estar sujeto a la pena de prisión, multas y la denegación de la cobertura.

SERFF Tracking Number: ICCI-125910457 State: Arkansas
 Filing Company: Standard Security Life Insurance Company of New York State Tracking Number: 40994
 Company Tracking Number: SSL STM-APP-S
 TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.004 Short Term
 Product Name: SSL STM Spanish Translated Applications
 Project Name/Number: SSL STM Spanish Translated Applications/SSL STM Spanish Translated Applications

Supporting Document Schedules

Satisfied -Name: Certification/Notice	Review Status: Approved-Closed	12/03/2008
Comments:		
Attachment: Cert of Comp with Rule 19 spanish apps.pdf		
Bypassed -Name: Application	Review Status: Approved-Closed	12/03/2008
Bypass Reason: applications are included in the forms tab		
Comments:		
Satisfied -Name: Fee schedule	Review Status: Approved-Closed	12/03/2008
Comments:		
Attachment: AR_Fee_Schedule STM spanish apps.pdf		
Satisfied -Name: Cover letter	Review Status: Approved-Closed	12/03/2008
Comments:		
Attachment: AR Spanish app _1104__0506_ 12-3-08.pdf		
Satisfied -Name: SSL Authorization Letter	Review Status: Approved-Closed	12/03/2008
Comments:		
Attachment: ICC Authorization letter SSL 2008.pdf		
Satisfied -Name: Certification form from translator	Review Status: Approved-Closed	12/03/2008

**Certificate of Compliance with
Arkansas Rule and Regulation 19**

Insurer: Standard Security Life Insurance Company of New York

Form Number(s): SSL-STM-1104-APP and SSL-STM-0506-APP

I hereby certify that the filing above meets all applicable Arkansas requirements including the requirement of Rule and Regulation 19.



Signature of Company Officer

Rachel Lipari

Name

President

Title

December 3, 2008

Date



ARKANSAS INSURANCE DEPARTMENT

1200 West Third Street
Little Rock Arkansas 72201-1904
501-371-2600

Mike Pickens
Insurance Commissioner

ATTN: LIFE & HEALTH DIVISION, ARKANSAS INSURANCE DEPARTMENT

Company Name: Standard Security Life Insurance Company
Company NAIC Code: 69078
Company Contact Person & Telephone # Brenda Dawson, Insurance Compliance Consultants, Inc., (815) 316-6714
Form Number(s): SSL STM-1104-APP and SSL STM-0506-APP (Spanish)

* INSURANCE DEPARTMENT USE ONLY *
* ANALYST: AMOUNT: ROUTE SLIP: *

ALL FEES ARE PER EACH INSURER, PER ANNUAL STATEMENT LINE OF BUSINESS, UNLESS OTHERWISE INDICATED.

FEE SCHEDULE FOR ADMITTED INSURERS

RATE/FORM FILINGS

Life and/or Disability policy form filing and review, per each policy, contract, annuity form, per each insurer, per each filing *1 x \$50 = \$50 **Retaliatory

Life and/or Disability - Filing and review of each rate filing or loss ratio guarantee filing, per each insurer. * x \$50 = **Retaliatory

Life and/or Disability Policy, Contract or Annuity Forms: Filing and review of each certificate, rider, endorsement or application if each is filed separately from the basic form. * x \$20 = **Retaliatory

Policy and contract forms, all lines, filing corrections in previously filed policy and contract forms. * x \$20 = **Retaliatory

Life and/or Disability: Filing and review of Insurer's advertisements, per advertisement, per each insurer. * x \$25 = **Retaliatory

AMEND CERTIFICATE OF AUTHORITY

Review and processing of information to
amend an Insurer's Certificate of Authority.

 * x \$400 =

Filing to amend Certificate of Authority.

 *** x \$100 =

*THESE FEES ARE PAYABLE UNDER THE NEW FEE SCHEDULE AS OUTLINED UNDER RULE
AND REGULATION 57.

**THESE FEES ARE PAYABLE UNDER THE OLD FEE SCHEDULE AS OUTLINED UNDER ARK.
CODE ANN. 23-63-102, RETALIATORY TAX.

***THESE FEES ARE PAYABLE AS REQUIRED IN ARK. ANN. 23-61-401.



INSURANCE
COMPLIANCE
CONSULTANTS, INC.

519 Colman Center Drive
Rockford, Illinois 61108

Phone: (815) 316-6714
FAX: (815) 316-6720

December 3, 2008

Honorable Julie Benafield Bowman
Insurance Commissioner
State of Arkansas
Arkansas Department of Insurance
1200 W. Third St.
Little Rock, AR 72201-1904

RE: Standard Security Life Insurance Company of New York - NAIC#: 69078
FEIN#: 13-5679267
Spanish Translated Group Short Term Medical Applications –
SSL-STM-1104-APP and SSL-STM-0506-APP

Dear Commissioner Bowman:

Enclosed for informational purposes only, for use in your state, are the above referenced Spanish Translated Group Short Term Medical Applications SSL-STM-1104-APP and SSL-STM-0506-APP.

Insurance Compliance Consultants, Inc., is making this filing on behalf of Standard Security Life Insurance Company of New York, a New York domiciled company. A filing authorization letter is attached. All correspondence should be addressed to Insurance Compliance Consultants, Inc., at the address shown above.

Also attached is a certification from the translation service that these applications are identical to application forms SSL-STM-1104-APP previously approved by your Department on January 18, 2005 and SSL-STM-0506-APP previously approved by your Department on June 14, 2006, except translated in Spanish, using the variables and bracketing of the English language versions.

These applications are intended to be used with Group Short Term Medical Insurance Policy SSL-STMP-1104 also previously stamped approved by your Department on January 18, 2005.

Your acknowledgement of this filing is greatly appreciated. If you have any questions or need additional information, please give me at call at 815-316-6714, fax me at 815-316-6720, or email at brendadawson@inscompliance.com.

Sincerely,

Brenda Dawson, FLMI, AIRC, ACS
Authorized Representative
Insurance Compliance Consultants, Inc.

Enclosures



January 1, 2008

Mr. Brian Camling
President
Insurance Compliance Consultants, Inc.
519 Colman Center Dr.
Rockford, IL 61108

Dear Mr. Camling:

Please accept this letter as written confirmation that Insurance Compliance Consultants, Inc., has authority to file the attached form(s) or a state specific variation of it, and to act on behalf of Standard Security Life Insurance Company of New York regarding such filings, in all jurisdictions where this form(s) or a state specific variation of it is being filed. Standard Security may withdraw this authorization at any time, by giving notice to Insurance Compliance Consultants.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "D. Kettig". The signature is fluid and cursive, with a large, sweeping flourish at the end.

David Kettig



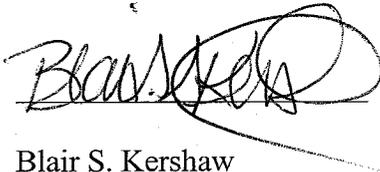
TRANSPERFECT

City of New York, State of New York, County of New York

- ALBANY
- AMSTERDAM
- ATLANTA
- AUSTIN
- BARCELONA
- BERLIN
- BOSTON
- BRUSSELS
- CHARLOTTE
- CHICAGO
- DALLAS
- DENVER
- DUBAI
- DUBLIN
- FRANKFURT
- GENEVA
- HONG KONG
- HOUSTON
- IRVINE
- LONDON
- LOS ANGELES
- MIAMI
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX
- PORTLAND
- RESEARCH TRIANGLE PARK
- SAN DIEGO
- SAN FRANCISCO
- SAN JOSE
- SEATTLE
- SINGAPORE
- STOCKHOLM
- SYDNEY
- TOKYO
- TORONTO
- VANCOUVER
- WASHINGTON, DC

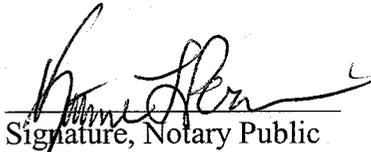
I, Blair S. Kershaw, hereby certify that the following is, to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of the following documents from English into Spanish(US):

Secure Lite bro. 8-08
 SSL-STM-1104-APP-CA
 SSL-STM-1104-APP-FL
 SSL-STM-1104-APP
 SSL-ISTM-1104-APP-NV
 Secure Lite STM Cal. Chart 8/08
 SSL-STM-1104-APP-TX
 Secure STM bro. 8-08
 Secure STM Cal. Chart 11-07
 SSL-ISTM-0506-APP-NV
 SSL-STM-0506-APP-CA
 SSL-STM-0506-APP-FL
 SSL-STM-0506-APP
 SSL-STM-0506-APP-TX



Blair S. Kershaw

Sworn to before me this
 Wednesday, November 19, 2008



Signature, Notary Public

Katharine L. Perekslis
 Notary Public, State of New York
 No. 01PE6181423
 Qualified in QUEENS County
 Commission Expires Jan 28, 2012

Stamp, Notary Public